

Artículo Original

Evaluación del grado de satisfacción en pacientes tras histerectomía por útero miomatoso

Assessment of satisfaction in patients after hysterectomy by myomatous uterus

Abehsera D., Panal M., Herrera M., Hernández Gutiérrez A., de Santiago F.J.

Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

RESUMEN

Objetivo: el objetivo de este estudio es evaluar los resultados, en cuanto a calidad de vida, de aquellas pacientes que han sido sometidas a una histerectomía por útero miomatoso. **Material y métodos:** se realiza una encuesta sobre calidad de vida a todas las pacientes sometidas a histerectomía con indicación de útero miomatoso, en un hospital de tercer nivel dentro de la red de hospitales del servicio de salud de la Comunidad de Madrid, en el año 2010. **Resultados:** Se identificaron un total de 152 pacientes a las que se les había realizado una histerectomía por útero miomatoso, de las cuales contestaron la encuesta un total de 112 (74%) pacientes. Cuando se les preguntó a las pacientes si había mejorado su calidad de vida tras la realización de la histerectomía, un 78'6% (88/112) respondió afirmativamente, un 17% (19/112) refirió tener la misma calidad de vida, y un 4'4% (5/112) respondió que su calidad de vida había empeorado tras la intervención. **Conclusiones:** las pacientes sometidas a una histerectomía por útero miomatoso presentan un alto grado de satisfacción tras la cirugía, comunicando en su mayoría una mejora en cuanto al dolor pélvico previo a la cirugía, y una mejor calidad de vida tras la intervención.

PALABRAS CLAVE:

Histerectomía, Calidad de vida, Mioma.

ABSTRACT

Objective: the objective of this study is to evaluate the results, in terms of quality of life of those patients who have undergone hysterectomy for fibroid uterus. **Material and methods:** we performed a survey on quality of life for all patients undergoing hysterectomy with uterine fibroid indication in a tertiary care hospital within the hospital network of the health service of the Community of Madrid, in the year 2010. **Results:** a total of 152 patients which had undergone a hysterectomy for uterine myoma, which answered the survey a total of 112 (74%) patients. When asked patients if they had improved their quality of life after performing a hysterectomy, a 78'6% (88/112) responded affirmatively, 17% (19/112) reported having the same quality of life, and 4.4% (5/112) responded that their quality of life had worsened after surgery. **Conclusions:** patients undergoing a hysterectomy for uterine fibroids have a high degree of satisfaction after the surgery, communicating mostly an improvement in pelvic pain prior to surgery, and improved quality of life after surgery.

KEYWORDS

Hysterectomy, Quality of Life, Myoma.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en ginecología. La gran mayoría se efectúan bajo una indicación benigna, para mejorar la calidad de vida más que para salvar la vida de la paciente. No hay razones para suponer que las mujeres en los diferentes países sufren diferentes tipos de trastornos menstruales como la menorragia (el síntoma que se presenta en la mayoría de las mujeres que se someten a histerectomía), sin embargo, las tasas de histerectomía son muy diferentes en todo el mundo. Esta variabilidad se observa incluso entre países desarrollados con recursos comparables; e incluso dentro de cada país existen grandes variaciones regionales. La tasa de la histerectomía en los países en desarrollo no está bien documentada, pero es probable que sea mucho menor que en las zonas económicamente más desarrolladas del mundo. A pesar de la introducción de un gran número de alternativas terapéuticas efectivas, ha habido pocos cambios en las tasas de histerectomía en Occidente en los últimos años. No se sabe cuál debe ser la tasa ideal de histerectomía, o qué factores influyen en las diferentes tasas (1, 2).

CORRESPONDENCIA:

Daniel Abehsera Davó

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario La Paz
Paseo de la Castellana 261. 28047 Madrid. España
Tel.: +34 665 56 67 76
E-mail: danielabehsera@hotmail.com

En 2005, más de 500.000 histerectomías se realizaron en Estados Unidos. Las vías de abordaje para la realización de las mismas fueron: abdominal (64%); vaginal (22%) y laparoscópica (14%) (3).

Alrededor del 90% de todas las histerectomías son realizadas bajo una indicación por proceso benigno para mejorar la calidad de vida de las pacientes. Dentro de este 90%, los síntomas más comunes que conducen a la histerectomía son el dolor pélvico (63%) y sangrado menstrual excesivo (60%). Estos síntomas están asociados con la existencia de fibromas uterinos en un 35-50% de las histerectomías (1, 2).

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados, en cuanto a calidad de vida, de aquellas pacientes que han sido sometidas a una histerectomía por útero miomatoso. Del mismo modo, se analizan si existen o no diferencias en función del tipo de cirugía a la que han sido sometidas las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una encuesta sobre calidad de vida a todas las pacientes sometidas a histerectomía con indicación de útero miomatoso, en un hospital de tercer nivel dentro de la red de hospitales del servicio de salud de la Comunidad de Madrid, en el año 2010. Las pacientes son entrevistadas vía telefónica entre 1 y 2 años tras la cirugía. Todas las encuestas son realizadas por el mismo entrevistador. La encuesta consta de 7 preguntas que evalúan los cambios en la calidad de vida de las pacientes en relación con la cirugía, el dolor en el postoperatorio, y el grado de satisfacción con la intervención (Figura 1).

1.- ¿Cree que ha mejorado su calidad de vida al realizarse la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
2.- Valores del 1 al 10 la recuperación tras su intervención, siendo 1 una recuperación rápida e indolora, y 10 una recuperación lenta y dolorosa.	•	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Con respecto a síntomas de tipo urinario (urgencia, incontinencia, molestias al orinar), ¿ha experimentado algún cambio con la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
4.- Con respecto a síntomas anorrectales (estreñimiento, evacuación incompleta, incontinencia fecal), ¿ha experimentado algún cambio con la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
5.- ¿Ha influido la intervención en sus relaciones sexuales?	•	Mejor	Igual	Peor							
6.- ¿Han mejorado sus molestias pélvicas tras la realización de la intervención?	•	Mejor	Igual	Peor							
7.- ¿Volvería a operarse si se encontrara en la misma situación?	•	Si	No	No sabe							

Figura 1. Encuesta que se realizó a las pacientes para valorar el grado de satisfacción tras la cirugía

Los datos se han analizado mediante el programa estadístico SPSS 9. La descripción de los datos cualitativos se realiza en forma de frecuencias absolutas y relativas, y los datos cuantitativos mediante media y desviación típica o mediana, y rango intercuartílico (p25-p75) según sea la distribución de los datos. Se comparan los dos grupos de intervención mediante test chi-cuadrado o test exacto de Fisher, para aquellas preguntas cualitativas; y con test U de Mann Whitney para la pregunta 2, de dolor en el postoperatorio. Todos las pruebas estadísticas se han considerado bilaterales y como valores significativos, aquellos $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 152 pacientes a las cuales se les había realizado una histerectomía por útero miomatoso, de las cuales contestaron la encuesta un total de 112 (74%) pacientes. De las 112 pacientes entrevistadas, a 8 (7'1%) se les realizó una histerectomía vaginal, a 1 (0'9%) una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, a 4 (3'6%) una histerectomía abdominal subtotal, a 35 (31'3%) una histerectomía total laparoscópica, y a 64 (57'1%) una histerectomía abdominal total.

Cuando se les preguntó a las pacientes si había mejorado su calidad de vida (pregunta 1) tras la realización de la histerectomía, un 78'6% (88/112) respondió afirmativamente, un 17% (19/112) refirió tener la misma calidad de vida, y un 4'4% (5/112) respondió que su calidad de vida había empeorado tras la intervención.

Al interrogar a las pacientes sobre el dolor postoperatorio (pregunta 2) en una escala desde el 1 (sin dolor) hasta 10 (el peor dolor posible), más de un tercio de las pacientes (36'6%, 41/112) otorgaron una puntuación de 1 (definido en la encuesta como un postoperatorio rápido e indoloro), y menos de un tercio (25'9%, 33/112) refirió puntuaciones de 6 o superior (Figura 2).

Cuando se interrogó a las pacientes sobre síntomas de tipo urinario (pregunta 3), síntomas anorrectales (pregunta 4), y variación en las relaciones sexuales (pregunta 5), tras la realización de la histerectomía; la mayoría de las pacientes contestó encontrarse igual (62'5%, 77'7%, y 65'2%). Una minoría de pacientes refirió cambios en síntomas urológicos, anorrectales, o en las relaciones sexuales (Figura 3).

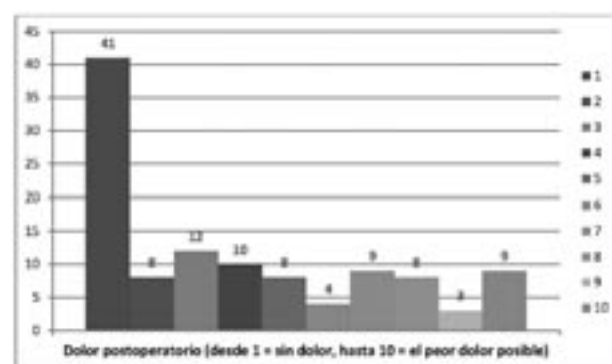


Figura 2. Puntuaciones de dolor tras histerectomía por útero miomatoso

La mayoría de las pacientes (53'6%, 60/112) refirieron mejoría en cuanto a las molestias pélvicas (pregunta 6) tras la realización de la histerectomía. Un 38'4% (43/112) refirió sentirse igual, y un 8% (9/112) afirmaba encontrarse peor tras la cirugía.

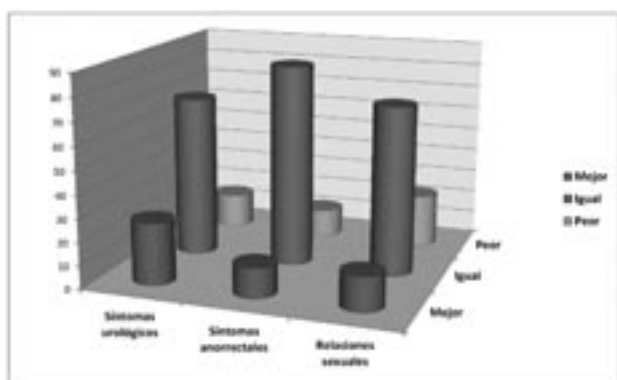


Figura 3. Valoración de los síntomas urológicos, anorrectales, y sexuales; antes y después de una histerectomía por útero miomatoso.

El 88'4% (99/112) de las pacientes afirmó que se volvería a someter a la misma cirugía si se encontrara en la misma situación, mientras que el 4'5% (5/112) no se volvería a someter a la intervención, y el 7'1% (8/112) no sabe / no contesta (pregunta 7).

Dado que la mayoría de las pacientes fueron sometidas a una histerectomía abdominal total (57'1%) o a una histerectomía total laparoscópica (31'3%), se compararon las respuestas de estos dos grupos de pacientes. Al comparar las respuestas sobre los síntomas antes y después de la intervención (preguntas 3, 4, 5, 6) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total y las pacientes sometidas a histerectomía total laparoscópica. Cuando se compararon las respuestas sobre el dolor postoperatorio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; no obstante, la mediana de puntuación para el grupo de pacientes a las que se les realizó una histerectomía abdominal se situó en el 4, mientras que para las pacientes a las que se les realizó una histerectomía laparoscópica se situó en 2 (Figura 4).

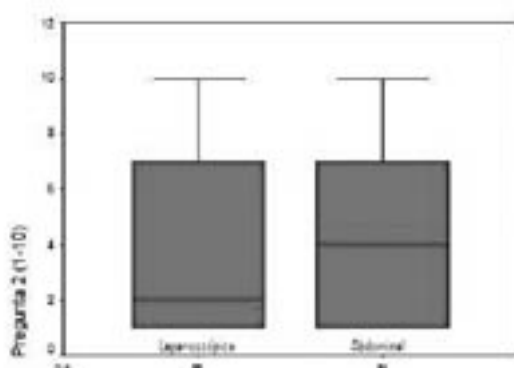


Figura 4.- Distribución en las puntuaciones de dolor post-operatorio en pacientes tras histerectomía laparoscópica y abdominal.

DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones a la hora de interpretar los resultados obtenidos, en la realización de una encuesta no validada vía telefónica tras una intervención quirúrgica, los datos aportados por las pacientes pueden ser de gran ayuda para la evaluación de un tipo de intervención quirúrgica para una misma indicación, en un mismo centro hospitalario.

Cunado a las pacientes se les preguntó sobre si el procedimiento quirúrgico había supuesto o no un cambio en su calidad de vida (pregunta 1), estas respondieron mayoritariamente que si (78'6%), encontrándose igual (17%) o peor (4'4%) sólo una minoría de ellas. Estos datos son acordes con los reportados por Kjerulff (4) que realiza una encuesta de satisfacción tras la realización de una histerectomía a 1299 pacientes, encontrando que 12 meses tras la cirugía el 85% de las pacientes referían que su salud era mejor que antes de la intervención quirúrgica. A este respecto cabe destacar que en la encuesta publicada en este artículo, cuando a las pacientes se les preguntó si volverían a someterse a la intervención (pregunta 7); una amplia mayoría (88'4%) respondió que si, y sólo unas pocas respondieron que no sabían (7'1%) o que no (4'5%). Merece la pena comentar que si bien un 78'6% de las pacientes refieren encontrarse mejor tras la cirugía, son aun más (10 puntos de diferencia hasta 88'4%) las que volverían a someterse a la intervención.

En cuanto a las complicaciones urinarias (pregunta 3): se han publicado un gran número de artículos en la literatura científica reciente que informan sobre un aumento de los síntomas urinarios tras la realización de una histerectomía. Estos síntomas van desde síntomas de frecuencia miccional hasta incontinencia urinaria de urgencia y/o esfuerzo (5). La histerectomía puede dar lugar a daños en la innervación vesical o en los tejidos de soporte del suelo pélvico, lo cual podría conducir a la disfunción posterior, no obstante el papel de la histerectomía en la incontinencia urinaria es controvertido. La retención urinaria es la única complicación postoperatoria que es mayor en pacientes sometidas a una histerectomía vaginal en comparación con aquellas sometidas a una histerectomía abdominal (6, 7). La mayoría de las pacientes entrevistadas (62'5%) no mostraron cambios con respecto a los síntomas de índole urológica, encontrándose mejor un 24'1% y peor un 13'4%.

En lo referente a las complicaciones anorrectales (pregunta 4): los datos relacionados con el estreñimiento, la evacuación incompleta, y la incontinencia fecal tras la realización de una histerectomía abdominal son conflictivos. Es difícil determinar si la histerectomía juega un papel en la génesis de estos trastornos (7, 8). Según los datos de la encuesta publicada, la mayoría de las pacientes (77'7%) no mostraron cambios en cuanto a los síntomas de tipo anorrectal, un 11'6% refirió mejoría, y un 10'7% refirió encontrarse peor.

Con respecto a la esfera psico-sexual (pregunta 5), estudios prospectivos han encontrado efectos terapéuticos de la histerectomía, incluyendo mejoría en el estado de ánimo y en la calidad de vida de las pacientes. Múltiples estudios han demostrado que la histerectomía, con o sin ooforectomía, parece tener pocos o ningún efectos sobre la función sexual (9, 10, 11). Según los datos arrojados por la encuesta, las pacientes de forma mayoritaria contestaron que no existieron variaciones en la función sexual tras el procedimiento (65'2% igual, 14'3% mejor, y 20'5% peor).

En el caso del dolor pélvico (pregunta 6), la mayoría de las pacientes (53'6%) comunicó mejoría tras la intervención, aunque un porcentaje no despreciable (38'4%) de pacientes no encontró diferencias en este sentido, y sólo una minoría (8%) refirió encontrarse peor que antes de la histerectomía. No hay ensayos controlados aleatorizados que evalúen la eficacia de la histerectomía en el tratamiento del dolor pélvico. Los

estudios de cohorte tanto prospectivos como retrospectivos sugieren que la histerectomía significativamente alivia o elimina el dolor pélvico en el 78 al 96 por ciento de las mujeres (12, 13). Hartmann et al. (14) realizan un gran estudio prospectivo de cohortes sobre 1249 mujeres sometidas a una histerectomía por proceso benigno, reportando reducciones en el dolor entre aquellas mujeres que presentaban tanto dolor y depresión antes de la intervención, como entre aquellas mujeres que sólo presentaban dolor antes de la realización de la histerectomía.

Al comparar las respuestas dadas por las pacientes sometidas a una histerectomía abdominal total con las dadas por las pacientes sometidas a una histerectomía total laparoscópica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las cuestiones. La percepción de que los procedimientos laparoscópicos son más costosos que los procedimientos abiertos, ha sido una de las principales razones para la lenta aceptación de la cirugía laparoscópica. Los beneficios de una más corta estancia hospitalaria en la histerectomía laparoscópica podrían compensar los mayores costes del procedimiento. Sin embargo, se necesita una perspectiva más amplia, incluyendo los costes indirectos y los efectos a largo plazo, como la supervivencia y calidad de vida, para determinar las implicaciones en la práctica rutinaria (15). La histerectomía laparoscópica en comparación con la abdominal se asocia con menor pérdida sanguínea, menor estancia hospitalaria, vuelta más rápida a la actividad normal, menos infección de la herida quirúrgica y menos fiebre, mayor tiempo quirúrgico, y mayor tasa de lesiones del tracto urinario (16). A pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas, las puntuaciones de dolor en el postoperatorio (pregunta 2) reflejan menores puntuaciones de dolor en el grupo de las pacientes sometidas a una histerectomía vía laparoscópica. Probablemente, estas diferencias serían más evidentes si las pacientes hubieran sido evaluadas en el postoperatorio y no vía telefónica meses después de la intervención.

Nieboer et al. (17) realizan un ensayo controlado y aleatorizado para evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a una histerectomía abdominal, frente a las pacientes sometidas a una histerectomía por vía laparoscópica. Estudian 59 pacientes (27 histerectomías laparoscópicas y 32 histerectomías abdominales) con una media de seguimiento de 243 semanas tras la cirugía. Los autores concluyen que con seguimiento de 4 años, las pacientes sometidas a una histerectomía laparoscópica mostraron mejores puntuaciones en los cuestionarios de la calidad de vida que aquellas pacientes a las que se les realizó una histerectomía por vía abdominal. Otros autores alcanzan similares conclusiones (18, 19).

Del mismo modo, en un estudio comparativo en el que se evaluó a 30 pacientes a las que se les realizó una histerectomía abdominal por útero miomatoso, frente a otras 30 pacientes a las que se les realizó una histerectomía vaginal con la misma indicación; los autores concluyen que las pacientes sometidas a la histerectomía vía vaginal obtienen mejores puntuaciones en cuanto a calidad de vida y satisfacción con el procedimiento quirúrgico (20).

Einarsson et al. (21) evalúan la calidad de vida en pacientes sometidas a una histerectomía total laparoscópica frente a las pacientes a las que se les realizó una histerectomía subtotal laparoscópica; encontrando mejores puntuaciones en calidad de vida a corto plazo tras la cirugía en las pacientes sometidas a una histerectomía subtotal. No encuentran diferencias significativas en cuanto al dolor postoperatorio o en el retorno a las actividades diarias.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos por la encuesta son acordes con los publicados en la bibliografía internacional. No parece haber variaciones en cuanto a los síntomas urológicos, anorrectales, ni alteraciones en la función sexual. Las pacientes sometidas a una histerectomía por útero miomatoso presentan un alto grado de satisfacción tras la cirugía, comunicando en su mayoría una mejora en cuanto al dolor pélvico previo a la cirugía, y una mejor calidad de vida tras la intervención. En general, la mayoría de las pacientes refieren un postoperatorio poco doloroso, con una tendencia a menores puntuaciones de dolor en el caso de la cirugía endoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A et al. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99: 402-407.
2. Garry R. Health economics of hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):451-65.
3. Jacoby VL, Autry A, Jacobson G, et al. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1041.
4. Kjerulff KH, Rhodes JC, Langenberg PW, Harvey LA. Patient satisfaction with results of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(6):1440-7.
5. Baggish MS. Total and subtotal abdominal hysterectomy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):333-56.
6. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. The Collaborative Review of Sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:841.
7. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(3):403-18.
8. Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, et al. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol* 2003; 102:453.
9. Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327:774.
10. El-Toukhy TA, Hefni M, Davies A, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24:420.
11. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282:1934.
12. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83:556.
13. Tay SK, Bromwich N. Outcome of hysterectomy for pelvic pain in premenopausal women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998; 38:72.
14. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, et al. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004; 104:701.
15. Bijen CB, Vermeulen KM, Mourits MJ, de Bock GH. Costs and effects of abdominal versus laparoscopic hysterectomy: systematic review of controlled trials. *PLoS One*. 2009 5;4(10):e7340.
16. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003677.
17. Nieboer TE, Hendriks JC, Bongers MY, Vierhout ME, Kluivers KB. Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119(1):85-91.
18. Kluivers KB, Hendriks JC, Mol BW, Bongers MY, Bremer GL, de Vet HC, Vierhout ME, Brolmann HA. Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(2):145-52.
19. Kluivers KB, Johnson NP, Chien P, Vierhout ME, Bongers M, Mol BW. Comparison of laparoscopic and abdominal hysterectomy in terms of quality of life: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;136(1):3-8.
20. Silva-Filho AL, Werneck RA, de Magalhães RS, Belo AV, Triginelli SA. Abdominal vs vaginal hysterectomy: a comparative study of the postoperative quality of life and satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(1):21-4.
21. Einarsson JI, Suzuki Y, Vellinga TT, Jonsdottir GM, Magnusson MK, Maurer R, Yoshida H, Walsh B. Prospective evaluation of quality of life in total versus supracervical laparoscopic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(5):617-21.